

PRISE EN CHARGE DES CHELOIDES D'OREILLES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANTANANARIVO

Rakotoarisoa AHN⁽¹⁾, Razafindrakoto RMJ⁽¹⁾, Manoroosa MMRA⁽²⁾,
Ramarozatovo NP⁽¹⁾, Rakotomananjo AH⁽²⁾, Rakoto FA⁽³⁾

- (1) Chef de Clinique en ORL, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
- (2) Interne Qualifiant en ORL, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
- (3) Professeur Agrégé en ORL, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

RESUME

Contexte

Les chéloïdes d'oreilles sont des tumeurs bénignes fibro-prolifératives pouvant causer de sérieux problèmes esthétiques. Elles s'observent après perçage d'oreilles, traumatismes, infections, brûlures ou parfois spontanément. Les individus à peau noire sont particulièrement prédisposés.

Objectif

Notre objectif était d'évaluer les résultats de la prise en charge des chéloïdes d'oreilles vues au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo.

Méthode

Une étude rétrospective sur les chéloïdes d'oreilles était menée en 2008 et 2009. Les modalités thérapeutiques faisaient appel à l'exérèse chirurgicale, l'injection intra-lésionnelle de corticostéroïdes (triamcinolone) et à la radiothérapie. Ces corticostéroïdes étaient administrés trois semaines après la chirurgie, puis toutes les quatre semaines. Les patients étaient revus après trois, six, 12 et 15 mois pour évaluer les résultats esthétiques et pour déceler une éventuelle récurrence.

Résultats

Nous avons pris en charge 26 patients (24 femmes et deux hommes). L'âge moyen était de 26,5 ans ($\pm 2,4$). Tous nos patient(e)s voyaient leurs chéloïdes se développer au décours d'un perçage d'oreilles. Vingt et un patients (80,77 %) étaient traités par exérèse chirurgicale associées à une infiltration intra-lésionnelle de corticostéroïdes; trois patients (11,54 %) avaient bénéficié uniquement d'une injection de corticostéroïdes; deux patients (7,69 %) avaient bénéficié d'une exérèse chirurgicale associée à une curiethérapie. Il y avait trois cas de récurrences.

Discussions

Au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, les chéloïdes d'oreilles sont prises en charge de façon multidisciplinaire, faisant appel à la chirurgie, à des

injections intra-lésionnelles de corticostéroïdes et parfois à la radiothérapie. En général, les suites esthétiques sont satisfaisantes.

Mots-clés : Chéloïde, corticostéroïde, exérèse, lobule d'oreille, radiothérapie.

MANAGEMENT OF EAR KELOIDS IN ANTANANARIVO UNIVERSITY HOSPITAL CENTRE

ABSTRACT

Background

Ear keloids are benign fibro-proliferative tumours. They often cause serious aesthetic problems. They can occur after ear lobe piercing, traumatism, infection, burns or spontaneously. Individuals with pigmented skin are predisposed.

Objective

The purpose of this study was to evaluate the therapeutic results of ear keloids management.

Method

The authors performed a retrospective study of patients with ear keloids treated in 2008 and 2009. Treatment modalities included surgical excision, intralesional injections of corticosteroids (triamcinolone) and radiotherapy. Corticosteroids were administered three weeks after surgery and every four weeks afterwards. Patients were assessed three, six, 12 and 15 months after the procedure to evaluate the aesthetic results and post-operative recurrences.

Results

Twenty six patients (24 women and two men) presenting with ear keloids were included in this series. Their mean age was 26.5 years (± 2.4). All patients developed keloids from ear-piercing. A total of 21 patients (80.77 %) have been treated with surgical excision plus corticosteroid injections, three patients (11.54 %) had only intralesional corticosteroid injections, two patients (7.69 %) had surgical excision plus radiotherapy. Only three cases of recurrences occurred.

Discussions

Management of ear keloids in the University Hospital Centre of Antananarivo include interdisciplinary approach involving sometimes a combination of surgery, intralesional corticosteroid injections and radiotherapy. In general, the aesthetic outcomes were satisfactory.

Key-words : Corticosteroid, ear lobe, excision, keloid, radiotherapy.

INTRODUCTION

Les chéloïdes d'oreilles proviennent d'une production excessive de tissu fibreux provenant du derme. Des boursouflures, parfois très volumineuses, fermes, prurigineuses sans tendance à régresser spontanément, sont notées, entraînant un important préjudice esthétique. Leur couleur va du rose chair au brun foncé. Le mécanisme étiopathogénique est mal connu mais divers facteurs, notamment le patrimoine génétique, le phénotype des fibroblastes, la régulation du facteur de croissance et la composition de la matrice extracellulaire pourraient être impliqués dans la pathogenèse de la formation des chéloïdes (Al-Attar A., 2006). Les chéloïdes d'oreilles s'observent en particulier chez les sujets de race noire. La prise en charge est mal codifiée. Plusieurs méthodes thérapeutiques peuvent être utilisées: exérèse chirurgicale, corticothérapie, radiothérapie, pressothérapie, laser, interféron. Certaines chéloïdes d'oreilles sont récidivantes.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats des modalités thérapeutiques appliquées au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude rétrospective sur des malades traités au CHU d'Antananarivo pour chéloïdes d'oreilles. La période d'étude s'étalait du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2009. Les malades perdus de vue précocement ou n'ayant pas suivi le traitement n'étaient pas pris en compte. La taille des chéloïdes variait de deux à six centimètres. Les moyens thérapeutiques utilisés étaient l'exérèse chirurgicale, l'infiltration intra-lésionnelle de corticostéroïdes et la radiothérapie. Ces moyens étaient diversement associés. L'excision chirurgicale était extra-lésionnelle. L'infiltration de corticostéroïdes en post-opératoire faisait appel à la triamcinolone commencée trois semaines après la chirurgie, puis répétée toutes les quatre semaines jusqu'à obtenir un résultat stable sur deux contrôles successifs. La radiothérapie était délivrée 24-48 heures après l'exérèse chirurgicale. Un bon résultat était défini par l'absence de récurrence décelée au cours des suivis.

RESULTATS

Nous avons recruté 26 patients (24 femmes et deux hommes) présentant une chéloïde d'oreille. Tous ces patients avaient vu leurs chéloïdes se développer au décours d'un perçage d'oreilles. L'âge des patients allait de neuf à 43 ans avec une moyenne de 26,5 ans (**Tableau I**). Le **tableau II** résume les modalités thérapeutiques et les résultats du traitement. L'évolution après traitement était globalement satisfaisante (**Tableau III**), sans récurrence dans 88,46% des cas. Le **tableau IV** révèle l'origine géographique de nos patients. Les grosses chéloïdes avaient posé des problèmes de reconstruction (**Figures 1 et 2**). Le suivi post-thérapeutique était au moins de 15 mois.

Tableau I : Classes d'âges des patients atteints de chéloïdes d'oreilles.

Classes d'âge	Effectifs	%
0- 10 ans	1	3,85
11- 20 ans	5	30,77
21- 30 ans	17	42,30
31- 40 ans	2	19,23
≥ 41 ans	1	3,85
Total	26	100

Tableau II: Modalités thérapeutiques et résultats du traitement.

Modalités du traitement	Bons résultats (N, %)	Récidives (N, %)
Chirurgie + infiltration corticostéroïde	18 (69,23 %)	3 (11,54 %)
Infiltration corticostéroïde seule	3 (11,54 %)	0 (0 %)
Chirurgie + radiothérapie	2 (7,69 %)	0 (0 %)
Total	23 (88,46 %)	3 (11,54 %)

Tableau III: Evolution post-thérapeutique des chéloïdes d'oreilles.

Evolution après le traitement	Effectifs	%
bonne	23	88,46
mauvaise	3	11,54
Total	26	100

Tableau IV: Origine géographique de nos patients.

Origine géographique des patients	Effectifs	%
Hauts-plateaux	6	23,08
Régions côtières	20	76,92
Total	26	100

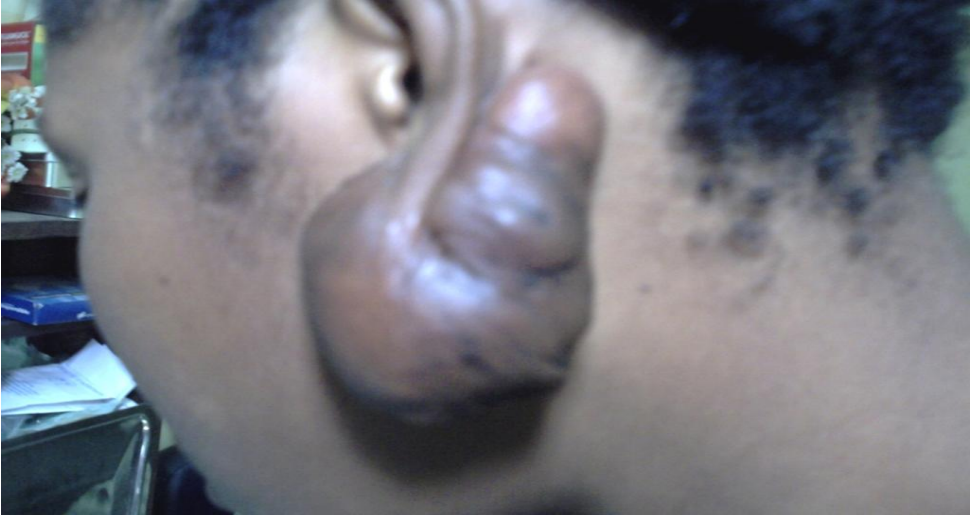


Figure 1 : Grosse chéloïde de l'oreille gauche chez une patiente de 26 ans.



Figure 2 : Patiente de la figure 3, aspect après exérèse chirurgicale.

DISCUSSIONS

Les chéloïdes d'oreilles atteignent essentiellement les sujets de race noire (Adigun I., 2010), (Assi K., 2009). Cependant Wu et Zhang ont rapporté des chéloïdes d'oreilles chez les Chinois (Wu X., 2009), (Zhang Y., 2009). Nos patients provenaient surtout des régions côtières de Madagascar (**Tableau IV**). Les gens des Hauts-plateaux pourraient être assimilés à la race jaune (d'origine Malaisienne ou Indonésienne) tandis que ceux des régions côtières seraient plutôt d'origine africaine. Le peuple Malgache est primordialement originaire de l'archipel indonésien. Sur le plan morphologique/phénotypique, cette origine asiatique première des Malgaches explique, par exemple au niveau des yeux, le pli épicanthal asiatique de la paupière supérieure.

Notre série comportait 26 cas si Sellier en avait colligé dix (Sellier S., 2006), Niang 63 (Niang S., 2009) et Zhang 29 (Zhang Y., 2009). L'âge moyen rapporté par Niang était de 23,7 ans (Niang S., 2009), celui de Sellier de 23 ans (Sellier S., 2006), non éloigné de celui de notre série (26,5 ans). Les chéloïdes touchent ainsi essentiellement l'adulte jeune (Assi K., 2009), sachant que nous observons ici un pic de fréquence chez ceux âgés de 21 à 30 ans. Niang notait une prédominance féminine (Niang S., 2009) si pour Assi les deux genres sont également atteints (Assi K., 2009). Stahl retrouvait une prédominance masculine (Stahl S., 2010). Les femmes représentaient la majorité des patients de notre série. Cela serait dû au fait que les perçages d'oreille- à l'origine de la plupart de nos chéloïdes- se font essentiellement chez les femmes à Madagascar. Les deux hommes de notre série avaient aussi présenté des chéloïdes après perçage d'oreille. Suivant les tendances de la mode, les piercings d'oreilles commencent à être appréciés de certains hommes. Les perçages d'oreilles constituaient aussi le facteur déclenchant des chéloïdes chez 92,7 % des patients de Wu (Wu X., 2009). D'autres étiologies sont également rapportées, telles les brûlures, les injections, l'après-chirurgie (Scrimali L., 2010). Weerda a rapporté que la fréquence de chéloïdes après chirurgie d'oreilles était à 1,8% (14 sur 775 cas).

La chirurgie reste la base du traitement des chéloïdes d'oreilles (Niang S., 2009). Le succès thérapeutique dépend de la qualité de l'exérèse chirurgicale. Stahl préconise une excision extra-lésionnelle des chéloïdes (Stahl S., 2010).

Kelly préconise une excision elliptique de la partie médiane de la lésion, en laissant assez de peau de chaque côté de la pièce excisée permettant ainsi une suture sans tension. Puis, la peau sur les parties restantes de la chéloïde est soigneusement disséquée à partir du tissu sous-jacent fibreux (Kelly A.P., 1978). Que ce soit pour les grosses chéloïdes (**Figures 1 et 2**) que pour les moyennes ou petites chéloïdes, nous effectuons une excision extra-chéloïdienne.

La chirurgie ne se pratique jamais seule. Pratiquée isolément, elle est tenue selon Niang de 50 à 100 % de récives (Niang S., 2009). Plusieurs auteurs ont pu faire les mêmes constatations (Darzi M.A., 1992), (Lawrence W.T., 1991). Weerda a constaté une récive chez tous ses patients ayant subi une chirurgie seule. L'excision chirurgicale elle-même peut être source de chéloïdes (Stahl S., 2010). C'est pourquoi nous utilisons volontiers pour la fermeture de la plaie chirurgicale des fils monofilaments fins à aiguille triangulaire, de taille 5/0 ou 6/0.

Nous débutons les infiltrations intra-cicatricielles de corticostéroïdes trois semaines après la chirurgie; l'infiltration nécessite une seringue munie d'une aiguille fine et se poursuit jusqu'à obtention d'un blanchissement de la peau. On pourrait aussi utiliser un dermoject. Nous utilisons habituellement de la triamcinolone. Ce type de corticostéroïde est le plus utilisé dans la prise en charge des chéloïdes (Assi K., 2009). Nous poursuivons en général les infiltrations mensuelles de triamcinolone jusqu'à six mois après l'ablation de la chéloïde. Ces infiltrations s'effectuent isolément dans notre série pour les petites chéloïdes.

Les lasers constituent un autre mode thérapeutique des chéloïdes d'oreilles. Scrimali utilise le laser CO₂ avec une puissance de 13 Watts. Cet auteur préconise une séance mensuelle avec un total de 12 séances (Scrimali L., 2010).

On avait remarqué que des chéloïdes sont améliorées ou guéries au lieu des bretelles de soutien-gorge ou l'élastique des slips, ce qui était à l'origine de la pressothérapie (Assi K., 2009). Une compression d'environ 30 millimètres de mercure s'obtiendrait après mise en place d'une bande adhésive. Sand a utilisé un matériel en silicone chez un patient atteint de chéloïde d'oreille (Sand M., 2007). Nous n'avons pas l'expérience de ce type de traitement, pourtant apparemment aisé à pratiquer.

Sellier rapportait une réduction de volume des grosses chéloïdes par la cryochirurgie (Sellier S., 2006), alors que Juckett préconise la cryothérapie pour les petites lésions (Juckett G., 2009). La cryothérapie ne fait pas partie de notre arsenal thérapeutique.

L'association exérèse chirurgicale-radiothérapie serait l'un des meilleurs traitements des chéloïdes sévères et récidivantes (Zhang Y., 2009). Une radiothérapie adjuvante peut être délivrée immédiatement après exérèse chirurgicale, et ce, durant dix jours consécutifs avec une dose totale de 20 Gray (Zhang Y., 2009). Stahl préconise une radiothérapie en «sandwich», une séance précédant l'exérèse chirurgicale, une autre après l'ablation chirurgicale (Stahl S., 2010). Des panes se rencontrent souvent avec l'appareil de radiothérapie du CHU d'Antananarivo, rendant ce type de traitement aléatoire. Les récurrences étaient ici retrouvées chez les patient(e)s traités(e)s par l'association exérèse chirurgicale+ infiltration corticostéroïde. Aucune récurrence n'était notée avec l'association chirurgie+ radiothérapie. D'autres auteurs ont rapportés un risque de récurrences de 20 % à cinq ans après chirurgie et radiothérapie (Ragoowansi R., 2003). Une étude prospective récente retrouve plus de 70 % de récurrences avec un recul moyen de 19 mois pour ce type de traitement (Kar A.L., 2007).

Certains auteurs préconisent aussi les antimitotiques dans le traitement des chéloïdes d'oreilles. Juste après l'excision de la chéloïde, Chi applique de la mitomycine pendant cinq minutes sur la plaie opératoire. L'application est répétée au bout de trois semaines (Chi S., 2011). De son côté, Wu effectue une infiltration de 5-fluoro-uracile associé à des corticostéroïdes (Wu X., 2009).

Selon Assi, les meilleurs résultats thérapeutiques s'obtiendraient avec l'association chirurgie+ infiltration corticostéroïde+ pressothérapie (Assi K., 2009). Notre protocole comportait soit chirurgie+ infiltration corticostéroïde, soit chirurgie+ radiothérapie, soit infiltration de corticostéroïde seule. Nos résultats étaient bons dans

88,4 % des cas: la surélévation et l'induration disparaissaient et la peau redevenait plus souple.

D'autres auteurs effectuent une greffe de peau après excision des chéloïdes. Staindl ne rapporte qu'un seul cas de récurrence sur 17 patients atteints de chéloïdes auriculaires traitées de cette manière (Staindl O., 2007).

La taille des chéloïdes doit être prise en compte. Les patients Malgaches ne consultent généralement qu'à un stade évolué des maladies. C'est ainsi que les grosses et moyennes chéloïdes représentaient 54 % de nos chéloïdes (**Tableau II**). Pourtant, les petites chéloïdes sont plus faciles à traiter, une infiltration corticostéroïde est généralement suffisante pour les faire disparaître. De plus, des problèmes de reconstruction se rencontrent souvent lors de la fermeture dans la cure chirurgicale des grosses chéloïdes (**Figures 1 et 2**). Les cas de récurrences concernent surtout les grosses chéloïdes. Infiltration, ré-intervention et radiothérapie se font dès l'apparition du moindre signe inquiétant. Le suivi doit être prolongé pour dépister les récurrences, parfois exaspérantes. Ce suivi était d'au moins 15 mois chez nos malades. Dans la littérature, le suivi est d'au moins deux ans, jusqu'à plusieurs années d'oreilles (Adigun I., 2010), (Ragoowansi R., 2003).

La prévention constitue la meilleure approche dans la prise en charge des chéloïdes d'oreilles (Adigun I., 2010). Les percages d'oreilles doivent être proscrits chez les individus génétiquement prédisposés chez lesquels on conseille de porter plutôt des boucles d'oreilles qui pincement les lobules.

CONCLUSION

La taille des lésions oriente la prise en charge des chéloïdes d'oreilles. L'infiltration corticostéroïde est plutôt indiquée pour les petites chéloïdes tandis que les associations infiltration corticostéroïde+ exérèse chirurgicale ou radiothérapie+ exérèse chirurgicale pour les grosses et moyennes chéloïdes. Ces protocoles donnent dans l'ensemble de bons résultats. Un suivi post-thérapeutique prolongé est nécessaire afin de détecter et de traiter une récurrence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Adigun, I. Aderibigbe, A. (2010). Ear lobe keloids: emerging cosmetic complication of ear-piercing. *Nig Q J Hosp Med* 2 : 97-100.
2. Assi, K. Kouame, K. Ecra, E. Gbery, I. Yoboue, Y. Kanga, J. (2009). Aspects thérapeutiques des cicatrices chéloïdiennes au Centre de Dermatologie du CHU de Treichville. *Mali Méd* 2 : 39-41.
3. Chi, S. Kim, J. Lee, W. Lee, S. Kimdo, W. Sohn, M. et al. (2011). Ear keloids as a primary candidate for the application of mitomycin C after shave excision: in vivo and in vitro study. *Dermatol Surg* 2 : 168-175.

4. Darzi, M.A. Chowdri, N.A. Kaul, S.K. Khan, M. (1992). Evaluation of various methods of treating keloids and hypertrophic scars: a 10-year follow-up study. *Br J Plast Surg* 45(5) : 374-379.
5. Juckett, G. Hartman-Adams, H. (2009). Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician* 3 : 253-260.
6. Kar, A.L. Kreulen, M. van Zuijlen, P.P. Oldenburger, F. (2007). The results of surgical excision and adjuvant irradiation for therapy-resistant keloids: a prospective clinical outcome study. *Plast Reconstr Surg* 119 : 2248-2254.
7. Lawrence, W.T. (1991). In search of the optimal treatment of keloids: report of a series and a review of the literature. *Ann Plast Surg* 27(2) : 164-178.
8. Niang, S. Sankale, A. Fall, F. Diallo, M. Dieng, M. Kane, A. et al. (2009). La place de la chirurgie dans la prise en charge des chéloïdes à Dakar. *Méd Afr Noire* 5604 : 218-220.
9. Ogawa, R. Mitsuhashi, K. Hyakusoku, H. Miyashita, T. (2003) Postoperative electron-beam irradiation therapy for keloids and hyper-trophic scars: retrospective study of 147 cases followed for more than 18 months. *Plast. Reconstr. Surg* 111 : 547-555.
10. Kelly, A.P. (1978). Surgical treatment of keloids secondary to ear piercing. *J NatL Med Assoc* 70(5) : 349.
11. Ragoowansi, R. Cornes, P.G. Moss, A.L. Glees, J.P. (2003). Treatment of keloids by surgical excision and immediate post-operative single-fraction radio-therapy. *Plast Reconstr Surg* 111 : 1853-1859.
12. Sand, M. Sand, D. Boorboor, P. Mann, B. Altmeyer, P. Hoffmann, K. et al. (2007). Combination of surgical excision and custom designed silicon pressure splint therapy for keloids on the helical rim. *Head Face Med* 3 :14.
13. Scrimali, L. Lomeo, G. Nolfo, C. Pompili, G. Tamburino, S. Catalani, A. et al. (2010). Treatment of hypertrophic scars and keloids with a fractional CO₂ laser: a personal experience. *J Cosmet Laser Ther* 5 : 218-221.
14. Sellier, S. Boullie, M. Joly, P. Dehesdin, D. (2006). Traitement des cicatrices chéloïdes par «shaving» et cryochirurgie: résultats préliminaires. *Ann Dermatol Vénéréol* 3 : 225-229.
15. Stahl, S. Barnea, Y. Weiss, J. Amir, A. Zaretski, A. Leshem, D. et al. (2010). Treatment of ear lobe keloids by extralesional excision combined with preoperative and postoperative "sandwich" radiotherapy. *Plast Reconstr Surg* 1 : 135-141.
16. Staindl, O. Siedek, V. (2007). Complications of auricular correction. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 6 : Doc03.
17. Weerda, H. (2003). Chirurgie der ohrmuschel : verletzungen, defekte und anomalien. Stuttgart *Thieme Ed* 1 vol : 303 p.
18. Wu, X. Gao, Z. Song, N. Liu, W. (2009). Clinical study of auricular keloid treatment with both surgical excision and intralesional injection of low-dose 5-fluorouracil and corticosteroids. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 16 : 1102-1105.
19. Zhang, Y. Cen, Y. Liu, X. Yu, R. Xu, X. (2009). Clinical improvement in the therapy of aural keloids. *Chin Med J* 23 : 2865-2868.